

# CT検査紹介状（診療情報提供書）

（おさか脳神経外科病院用）宛

フリガナ	TEL ( )	検査予定日
氏名 殿		月 日 ( )
生年MS 年 月 日生 男・女 才 体重: ___ kg 月日TH		午前・午後 時 分

平成 年 月 日

おさか脳神経外科病院

先生

紹介元医療機関名

住所

医師名

TEL

㊞

臨床診断および主訴、病歴の要約（必ず記入して下さい。）

検査部位： 造影検査希望 有・無

頭部 副鼻腔 眼窩

頸部 胸部 腹部 骨盤部

その他 ( )

検査目的（臨床所見、その他具体的な内容を、できるだけ詳しく記載して下さい。）

貸出フィルム\* 有・無

HBs-Ag +・- HCV +・- MRSA +・-

腎機能 Cr ( , 年 月 日) BUN ( , 年 月 日)

\*検査時に参考となる検査などがあればお願いします。

\*同一患者様、同一日にCTとMRIの両方に造影検査は出来ませんのでご了承下さい。

# CT検査紹介状（診療情報提供書）

（貴院控用）

フリガナ	TEL ( )	検査予定日
氏名 殿		月 日 ( )
生年 MS 年 月 日生 男・女 才 体重: ___ kg		午前・午後 時 分
月日 TH		

平成 年 月 日

おさか脳神経外科病院

先生

紹介元医療機関名

住 所

医師名

TEL

印

臨床診断および主訴、病歴の要約（必ず記入して下さい）

検査部位： 造影検査希望 有・無

頭 部 副鼻腔 眼 窩

頸 部 胸 部 腹 部 骨盤部

その他 ( )

検査目的（臨床所見、その他具体的な内容を、できるだけ詳しく記載して下さい。）

貸出フィルム\* 有・無

HBs-Ag +・- HCV +・- MRSA +・-

腎機能 Cr ( , 年 月 日) BUN ( , 年 月 日)

\*検査時に参考となる検査などがあればお願いします。

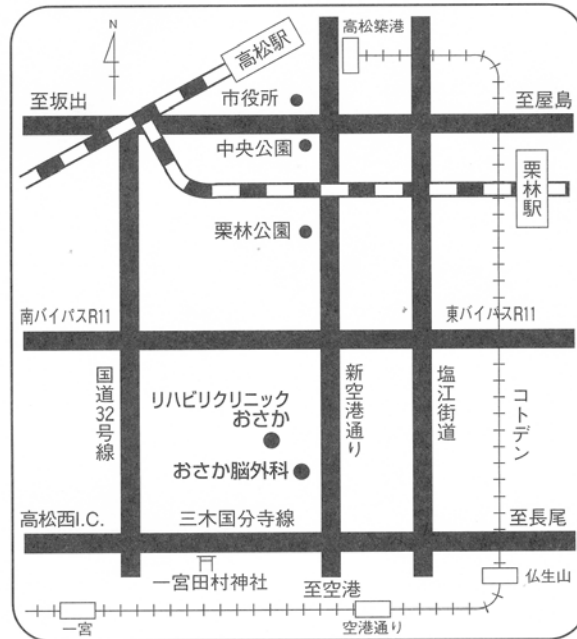
\*同一患者様、同一日にCTとMRIの両方に造影検査は出来ませんのでご了承下さい。

# CT検査にむけてのご案内

※腹部・骨盤部の検査および造影剤使用の検査の際は、予約時間が午前の場合、朝食止め、午後の場合、昼食止めで、お願いします。

※受付は30分前までにお済ませ下さい。

## ※地図



## ※当日持参して頂きたい物リスト

- 健康保険証
- 老人保健法医療受給者証（お持ちの方）
- 紹介状

（X線フィルムなど、検査に参考になるものがあれば、一緒にお持ち下さい。画像診断終了後返却いたします。）

## ※受付時間

月～金 8:30～11:30 13:30～17:00

土 8:30～11:30

（土曜午後、日、祝日は休診です）

## ※連絡先

おさか脳神経外科病院

TEL 087-886-3300 FAX 087-885-3038